TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Henri COSTANTINI
Chef de clinique
Adjoint à la Faculté de Médecine de Paris

Candidat pour Alger



A monsieur le Professeur Broca
Hommage respectueux
Le 2 Juin 1920
Costantini

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr HENRI COSTANTINI
Chef de clinique
Adjoint à la Faculté de Médecine de Paris

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23
—
1920

TITRES MILITAIRES

Affectations.

1° Du 5 août 1914 au 22 août 1915, Médecin auxiliaire à la Cie 22/4 du 1er Génie, 3e Division d'infanterie coloniale.

2° Du 22 août 1915 au 1er janvier 1916, Médecin aide-major à l'ambulance 9/18, 3e Division d'infanterie coloniale.

3° Du 1er janvier 1916 au 25 mars 1919, Médecin aide-major, chef d'équipe chirurgicale A à l'ambulance 5/22 du 1er Corps d'Armée colonial.

52 mois de front — 4 mois d'occupation

Blessures.

Une blessure en Argonne (Bois d'Hauzy) le 28 septembre 1914.

Citations.

1° *3e Division d'infanterie coloniale*, n° 2794 :

« Blessé au début de la campagne et ne s'étant pas laissé évacué, a assuré son service avec le plus grand dévouement, a prodigué à plusieurs reprises et notamment le 27 avril 1915, ses soins à des blessés dans la tranchée de première ligne, sous un bombardement violent de l'ennemi » (5 mai 1915).

2° *1er Corps d'Armée colonial.* Ordre n° 397 :

« En toutes circonstances, depuis le début de la campagne, a montré le plus complet dévouement. Chargé d'un service chirurgical de première ligne, a fait preuve sous le bombardement du plus grand sang-froid et a opéré dans des conditions exceptionnelles de rapidité et d'habileté de nombreux blessés » (26 octobre 1915).

3° *1er Corps d'Armée colonial.* Ordre n° 509 :

« Chirurgien d'une ambulance de corps, a opéré jour et nuit, sans arrêt, sous un bombardement fréquemment répété, pendant toute la durée des combats du 16 au 21 avril 1917, puis du 5 au 9 mai, contribuant par son habileté opératoire, et son dévouement, à sauver de nombreux blessés, donnant un bel exemple de sang-froid, d'énergie et de résistance » (14 mai 1917).

4° *1er Corps d'Armée colonial.* Ordre n° 630.
(13 juillet 1918). Texte perdu.

5° *1er Corps d'Armée colonial.* Ordre n° 83/C. A. :

« A fait preuve des qualités techniques les plus élevées et d'un dévouement absolu en prodiguant ses soins éclairés sous des bombardements fréquents, à des milliers de blessés qui ont passé aux triages de Louvois, Reims, Bergnicourt en juin, juillet et octobre 1918.

Décorations.

Chevalier de la Légion d'honneur par arrêté ministériel du 12 juillet 1919.

TITRES

Titres et Fonctions.

Interne des hôpitaux d'Alger, 1906.
Aide d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Alger, 1908.
Prosecteur à l'Ecole de médecine d'Alger, 1909.
Interne provisoire des hôpitaux de Paris, 1912.
Interne des hôpitaux de Paris, 1913.
Chef de clinique adjoint à la Faculté de Paris, 1919.

Prix.

Lauréat des hôpitaux d'Alger. Prix Poisson, 1908.
Lauréat de la Société de Chirurgie. Prix Guinard, 1919.

Enseignement.

Démonstrations d'anatomie en qualité de faisant fonction d'aide d'anatomie, puis d'aide d'anatomie et de prosecteur à l'Ecole de médecine d'Alger, 1907-1909.

Démonstrations d'anatomie en qualité d'aide d'anatomie bénévole à l'amphithéâtre de Clamart, 1913-1914.

Conférences de pathologie chirurgicale en qualité de chef de clinique adjoint du professeur Quénu, hôpital Cochin, du professeur agrégé A. Schwartz, hôpital Necker, 1919-1920.

Sociétés savantes.

Membre adjoint de la Société Anatomique, 1919.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1° Anatomie chirurgicale.

Note sur l'anatomie des aponévroses sus-hyoïdiennes (Journal de l'anatomie, janvier 1914).

2° Chirurgie du cœur.

Intervention immédiate dans les plaies du cœur de guerre. Deux observations, deux guérisons (avec Vigot) (Bulletins et mém. soc. chir., 21 nov. 1917. Rapport de M. Rochard).

Opérations immédiates pour plaies du cœur par projectiles de guerre (avec Vigot) (Revue de chirurgie, sept.-octobre 1917).

L'immobilité de l'ombre cardio-péricardique considérée comme signe pathognomonique des plaies du cœur (avec Vigot) (Journal de radiologie, 1918, n° 1).

De la chirurgie des plaies récentes du cœur par projectiles et instruments tranchants. Thèse de Paris, 1919. Travail couronné par la Société de Chirurgie. Prix Guinard, 1919.

Plaie du cœur hémopéricarde tardif avec P. Mocquot. Revue de chirurgie, mai 1920.

Diagnostic et traitement des plaies du cœur. Journal de chirurgie, mars 1920.

3° Chirurgie des vaisseaux.

Traitement des blessures des gros vaisseaux du cou et de leurs branches (avec Vigot) (Presse médicale, 31 janvier 1918).

Traitement des plaies des gros vaisseaux du cou, de l'aiselle et du médiastin sus-cardiaque. Journal de chirurgie, février 1920.

4° Chirurgie générale.

Des indications de la transfusion citratée en chirurgie de guerre (avec Vigot) (Presse médicale, 7 nov. 1918).

L'huile camphrée intraveineuse dans le traitement de l'état de shock (avec Vigot) (Bulletin médical, 5 oct. 1918).

Quelques réflexions sur la suture primitive, la suture secondaire précoce et la suture secondaire tardive des plaies de guerre (avec Vigot) (Bulletin médical, 11 août 1917).

Notes sur la gangrène gazeuse (Bulletin médical, 1918).

Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la gangrène gazeuse (Thèse de Vigot, Paris, 1918).

Un cas d'ostéomalacie pelvienne. Opération de Fehling (avec P. Mocquot) (Soc. d'obstétrique et de gynécologie, mai 1920).

5° Chirurgie abdominale.

Des indications de la résection intestinale dans la cure radicale de certaines hernies, avec M. le professeur Quénu) (Revue de chirurgie, 10 avril 1914).

Eventration avec adhérences profondes du grêle. Blessure de l'anse adhérente. Résection. Anatomose bout à bout. Guérison (avec Lauret) (B. et. M. de la Soc. anatomique, 8 nov. 1919).

34 plaies pénétrantes de l'abdomen (avec Vigot) (B. et M. Soc. Chir., 16 octobre 1917. Rapport de M. Quénu).

Plaies de l'abdomen (avec Vigot) (B. et M. Soc. Chir., 14 janvier 1920. Rapport de M. Quénu).

Technique, de la résection de l'intestin grêle : anatomose termino-terminale (Presse médicale, 11 février 1920).

Du siège et de la valeur diagnostique des zones de matité dans les épanchements abdominaux d'origine traumatique (avec Vigot) (Paris médical, 2 nov. 1918).

A propos du traitement immédiat des plaies de la vessie par petits projectiles sans lésions du bassin (Paris médical, mai 1920).

Contusion de la rate. Splénectomie par thoraco-phreno-laparo-

tomie. Guérison (B. et M. Soc. Chir., 18 février 1920) (Rapport de M. A. Schwartz).

Echinococcose généralisée du péritoine et de la plèvre droite. Intervention en plusieurs temps (B. et M. Société anatomique, 5 mars 1920).

Sur un cas de pseudohermaphrodisme (Bulletin médical, avril 1920).

6° Chirurgie des membres.

Appareil de réduction et de contention des fractures ouvertes sous-trochantériennes (avec Vigot) (B. et M. Société Chir., 16 oct. 1917. Rapport de M. Rochard).

Réduction des fractures sous-trochantériennes par le décubitus ventral (avec Vigot) (Paris médical, 1918).

Technique du curage des ganglions de l'aine (Progrès médical, 1913, n° 18).

Méthode simple et efficace pour la guérison rapide du bubon chancelleux (Paris médical, 1913, p. 74).

Luxation pathologique du poignet et rupture spontanée d'un tendon extenseur au niveau de l'article (B. et M. Société anat., mai 1914).

Du traitement des fractures fermées du tibia et du péroné (exception faite des fractures du plateau tibial).(Presse méd., 4 sept. 1919.)

Sur un nouveau mode de réduction des luxations récentes de l'épaule par la traction en bas. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 juillet 1919.)

Ostéoarthrite déformante juvénile de la hanche (B. et M. Société anatomique, 1920).

7° Chirurgie de la plèvre.

Sur un cas de pleurésie putride traité avec succès par un courant continu d'oxygène (Bulletin médical, 14 février 1914).

Du siphonage et de la stérilisation de la plèvre (avec Vigot) (Paris médical, 26 janvier 1918).

8° Chirurgie de guerre (organisation).

De la chirurgie dans les postes chirurgicaux avancés (Paris médical, juin 1916).

Contribution à l'étude du poste chirurgical avancé (Thèse de Labeylies, Bordeaux, 1916).

Appareil de transport pour fracture de cuisse (avec Vigot), (B. et M. Société Chir., 27 février 1918). Présentation par M. Rochard).

9° Chirurgie du crâne.

Contribution à l'étude des plaies du crâne en chirurgie de guerre (Thèse d'Eschenbrenner, Bordeaux, 1916).

Electro-aimant pour extraction de projectiles magnétiques intracérébraux (Journal de radiologie, 1919, n° 4).

10° Chirurgie du cou.

Tumeur de la glande sous-maxillaire (Soc. anat., 16 avril 1920).

Épithélioma branchial (Soc. anat., 16 avril 1920).

Adénolipomatose symétrique du cou. Intervention (avec Lucas-Championnière) (Soc. anat., avril 1920).

11° Communications diverses à la Société anatomique.

RÉSUMÉ DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Anatomie chirurgicale.

1° *Note sur l'anatomie des aponévroses sus-hyoïdiennes.* (Journal de l'anatomie, janvier 1914).

Nous étudions sous le nom de diaphragme cervico-facial une vaste formation aponévrotique et musculaire qui sépare anatomiquement d'une manière complète le cou proprement dit de la région de la face.

Cette cloison aponévrotique et musculaire est la réunion de ligaments, muscles et aponévroses connus, depuis longtemps Mais la vue d'ensemble, la synthèse que nous avons faite nous a permis de préciser certains détails qui ne sont exposés nulle part.

A. — Le diaphragme cervico-facial s'insère :

1° Sur le pharynx.

a) Sur l'angle latéro-postérieur à la base du crâne.

b) Sur une ligne qui va de cet angle au bord supérieur du constricteur moyen en traversant la face externe du constricteur supérieur.

c) Suivant le bord supérieur du constricteur moyen jusqu'à la petite corne de l'os hyoïde. Vers l'os hyoïde l'insertion est traversée par le muscle hyoglosse et c'est cette disposition qui a trompé les anatomistes et a donné lieu à des descriptions aussi diverses qu'erronées des aponévroses sus-hyoïdiennes.

2° Sur le corps de l'os hyoïde bord supérieur. La lame sus-hyoïdienne médiane fait partie en effet du diaphragme cervico-facial.

3° Sur la base du crâne suivant le bord inférieur ou crête de l'os tympanal.

4° Sur le maxillaire inférieur.

a) Bord postérieur de la branche montante.

b) Bord inférieur de la branche horizontale.

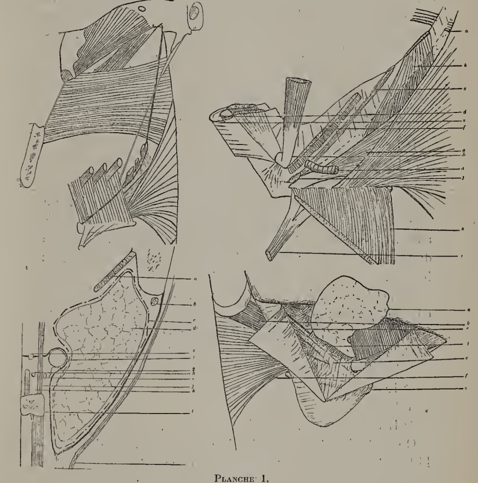


PLANCHE 1.

B. — Les dispositions régionales du diaphragme cervico-facial sont les suivantes :

1° Segment de la branche montante : c'est le diaphragme

maxillo-pharyngien de Gilis, tendu entre le pharynx, le crâne et le bord postérieur de la branche montante.

2° Segment sous-maxillaire. Le diaphragme présente une diverticule qui loge la glande sous-maxillaire. Ce diverticule descend au-dessous de l'os hyoïde.

3° Segment mentonnier ou médian qui est la lame sus-hyoïdienne médiane.

C. — Le diaphragme cervico-facial est formé par :

1° L'aileron du pharynx ;

2° L'apophyse styloïde et le ligament stylo-hyoïdien ;

3° Le ligament stylo-maxillaire ;

4° Les 3 muscles styliens ;

5° L'aponévrose sous-maxillaire ;

6° L'aponévrose sus-hyoïdienne médiane.

Le digastrique présente une disposition intéressante, son ventre postérieur est en dehors du diaphragme, son ventre antérieur en dedans. Le tendon intermédiaire traverse donc le diaphragme cervico-facial au-dessus de la petite corne de l'os hyoïde.

La poulie de réflexion n'existe pas. La réflexion se fait à cause des insertions du ventre antérieur du digastrique sur le corps de l'os hyoïde, ce qui avait d'ailleurs été vu par Morestin.

D. — Le diaphragme cervico-facial est traversé par :

1° Le glosso-pharyngien ;

2° Le grand hypoglosse ;

3° Les vaisseaux linguaux ;

4° L'artère faciale.

On peut admettre que ce diaphragme cervico-facial, qui établit anatomiquement une cloison étanche entre d'une part le massif facial inférieur encadrant la langue avec la glande sous-maxillaire et d'autre part le cou avec ses vaisseaux carotidiens et jugulaires, joue un rôle dans la pathologie chirurgicale des régions sous-maxillaire et latéro-pharyngienne.

Chirurgie du cœur.

1° *Intervention immédiate dans les plaies du cœur de guerre: deux observations, deux guérisons* (avec Vigot) (B. et M. Soc. Chir., 21 nov. 1917. Rapport de M. Rochard).

2° *Opérations immédiates pour plaies du cœur par projectiles de guerre* (avec Vigot) (Revue de Chirurgie, sept.-oct. 1917).

3° *L'immobilité de l'ombre cardio-péricardique considérée comme signe pathognomonique des plaies du cœur* (avec Vigot) (Journal de radiologie 1918, n° 1).

Dans cette série de publications, nous avons, en nous basant sur des observations personnelles, étudié les plaies du cœur en chirurgie de guerre.

Nous n'envisageons d'ailleurs que les plaies du cœur récentes et nous n'étudions pas les projectiles intra-cardiaques de date ancienne et dont on trouve beaucoup d'observations dans la littérature de guerre.

Les plaies du cœur fraîches opérées pendant la guerre ne sont pas nombreuses.

Dans notre communication à la Société de Chirurgie nous insistons sur l'importance de l'examen radioscopique qui permet de les dépister. Nous décrivons un signe radioscopique de l'hémo péricarde.

C'est *l'immobilité de l'ombre cardio-péricardique*. C'est ce signe qui nous a permis de faire le diagnostic dans les faits que nous rapportons.

Dans notre travail de la *Revue de Chirurgie* nous ajoutons aux 2 cas que nous avions observés 2 autres faits pour lesquels nous ne sommes pas intervenu.

Dans un cas nous avions fait le diagnostic mais l'état général était trop mauvais car la plaie cardiaque s'accompagnait d'une plaie grave de l'abdomen.

L'autre cas fut une trouvaille d'autopsie. Nous insistons sur la nécessité qu'il peut y avoir dans les cas de plaie cardiaque à lutter contre l'hémorragie par la transfusion citratée,

4° *De la chirurgie des plaies récentes du cœur par projectiles et instruments tranchants.* (Thèse de Paris, 1919. Travail couronné par la Société de Chirurgie. Prix Guinard.)

Dans notre thèse inaugurale nous reprenons les observations présentées à la Société de Chirurgie et nous ajoutons 4 observations nouvelles où nous sommes intervenu.

C'est sur 6 observations personnelles dont une par coup de couteau opérée avant la guerre et 5 par projectiles de guerre que nous basons notre travail.

Ces 6 interventions nous ont donné 5 guérisons.

Nous avons cherché dans la littérature les cas de plaies du cœur opérées peu de temps après le traumatisme. Nous avons eu ainsi un ensemble de 287 observations dont nous donnons pour chacune un résumé détaillé dans notre travail. Nous avons exclu les plaies cardiaques par aiguille.

Nos faits personnels et l'analyse des observations publiées nous ont permis d'étudier assez complètement les plaies cardiaques.

Nous établissons que :

Les plaies auriculaires sont toujours pénétrantes à cause de la minceur des parois.

Les plaies ventriculaires peuvent être tangentielles. Mais tangentielles, elles peuvent devenir secondairement pénétrantes lorsque le sillon affleure l'endocarde.

Les plaies pénétrantes peuvent être uniques mais elles peuvent être doubles avec atteinte des muscles papillaires ou de la cloison.

Le péricarde peut être atteint seul sans plaie cardiaque.

Le cœur peut être ouvert sans atteinte du péricarde. Ce sont là des plaies par contusion.

Les plaies complexes échappent à toute description et se terminent généralement par la mort.

La cicatrisation des plaies du cœur se fait par processus scléreux et la cicatrice est rendue plus solide par adhérence péricardique.

Le cœur tolère remarquablement les projectiles. Mais la présence de ces corps étrangers détermine souvent des troubles fonctionnels. Si bien qu'il est indiqué d'enlever primitivement le projectile si toutefois l'état général le permet.

Les corps étrangers tombés dans la cavité cardiaque peuvent devenir emboliques. On les rencontre alors dans les gros vaisseaux de l'organisme (artère axillaire-iliaque, etc.).

Presque toujours la plèvre est ouverte dans les plaies du cœur.

Le poumon est souvent gravement touché et c'est là un élément de mauvais pronostic.

De même lorsque l'abdomen est blessé.

Le sang qui s'échappe du cœur tombe dans le péricarde.

Si la plaie péricardique est étroite le sang s'accumule dans le péricarde et forme un hémopéricarde.

Si la plaie péricardique est large le sang tombe dans le péricarde puis dans la plèvre.

Dans le premier cas le cœur est étranglé. Dans le second il est vidé (Quénu).

D'après nos observations il y a rapport inverse entre l'hémopéricarde et l'hémothorax. *A gros hémopéricarde petit hémothorax, à gros hémothorax petit hémopéricarde.*

Certaines plaies du cœur ne saignent pas. Ce sont *des plaies sèches du cœur.*

L'hémopéricarde va gêner le cœur dans son fonctionnement. Reprenant les opinions de François Franck, de Lagro-

let, enfin le travail de Rose, nous montrons que contrairement à ce que prétendent ces auteurs l'hémopéricarde ne comprime pas le cœur. La pression venue des ventricules est incapable d'aplatir les oreillettes au point d'y interrompre la circulation.

En réalité le péricarde étant inextensible sous une brusquc pression, le sang de l'hémopéricarde empêche par sa présence les ventricules dc s'emplir. Venu des cavités cardiaques (ventricules-oreillettes) le sang profite pour s'épancher dans le péricarde, de la diminution du volume du cœur qui résulte de la systole ventriculaire.

Lors de la diastole, les ventricules vont trouver la place prise et ne pourront plus se dilater pour s'emplir.

Le cœur n'est donc pas comprimé au sens vrai de ce mot et nous proposons d'appeler l'état dans lequel il se trouve le *blocage du cœur.*

Lorsqu'on vide l'hémopéricarde le cœur débloqué se remet à battre.

Le rôle du système nerveux est important dans les plaies du cœur mais il l'est beaucoup moins qu'on l'a prétendu.

Les blessures du faisceau de His peuvent être particulièrement graves.

Les plaies des coronaires sont moins graves qu'on a pu le dire.

La plaie du tronc d'une coronaire est très grave. Celle d'une branche même importante l'est beaucoup moins. Sur 23 plaies de coronaires nous comptons 13 guérisons.

Enfin il peut y avoir *plaie sèche d'une coronaire et hémorragie secondaire.*

La plaie d'entrée cutanée peut être à distance de la zone cardiaque.

La pâleur mortelle est un signe à peu près constant chez les blessés cardiaques.

La *cyanose* est un signe de premier ordre qui traduit la gêne souvent très grande de la circulation à cause de l'hémopéricarde.

Le pouls est généralement très mauvais ou inexistant.

La perte de connaissance peut être complète. C'est un signe très fréquent dû à l'anémie cérébrale.

L'angoisse et l'agitation sont des signes du même ordre.

De même la dyspnée et la respiration superficielle.

La disparition du choc cardiaque à la main n'a pas très grande valeur parce qu'elle existe dans les plaies de poitrine simples.

La disparition des bruits à l'auscultation de même.

Les bruits anormaux n'ont que très peu de valeur.

L'augmentation de la matité cardiaque lorsqu'elle existe a une valeur considérable.

La contracture des muscles abdominaux est un phénomène fréquent. Elle n'indique pas forcément une atteinte de l'abdomen.

Lorsqu'il existe un gros hémothorax il faut prévoir une hémorragie importante et se mettre dans les conditions pour pratiquer, si elle est nécessaire, une transfusion de sang.

La ponction du péricarde est à rejeter comme moyen de diagnostic.

L'exploration radiologique a une importance de premier ordre. Elle montre lorsqu'il existe un hémopéricarde, une *immobilité des bords de l'ombre cardiopéricardique* (Costantini et Vigot).

L'examen radioscopique peut aussi montrer un projectile et permettre de le localiser.

Lorsqu'on a fait le diagnostic de plaie du cœur il faut opérer aussitôt.

Si le diagnostic est ferme il faut faire d'emblée la découverte large du cœur.

Nous préconisons :

a) Le lambeau à charnière externe comprenant les 3e 4e et 5e cartilages costaux, suivi si c'est nécessaire de la résection du bord gauche du sternum avec section transversale de cet os.

La plèvre est rabattue. Mais il ne faut pas espérer la respecter. Presque toujours elle est ouverte au cours des manœuvres opératoires.

b) Le lambeau à charnière externe comprenant les 3e 4e et 5e cartilages et la partie attenante du sternum. Ce lambeau découvre admirablement le cœur mais il est mutilant.

c) La thoraco-phreno-laparotomie médiane de Pierre Duval et Barnsby. Peut-être ce procédé expose-t-il à l'ouverture des deux plèvres.

Si le diagnostic n'est pas absolument ferme, nous préconisons :

La découverte progressive exploratrice du cœur. On résèque un cartilage. On ouvre le péricarde et si le diagnostic est confirmé on trace un lambeau à pédicule externe du genre de ceux préconisés plus haut.

La cardiorraphie doit se faire avec une aiguille courbe montée. On doit de préférence utiliser la soie ou le fil de lin.

L'emploi de l'aiguille de Reverdin est dangereux.

L'immobilité du cœur est obtenue par l'empaumement de l'organe.

On ne doit drainer ni le péricarde ni la plèvre.

L'hémostase du lambeau doit être particulièrement soignée par crainte des hémorragies secondaires.

L'extraction des projectiles est à faire lorsqu'elle est facile.

Pour remédier à la perte de sang nous préconisons suivant l'importance de l'hémorragie :

La transfusion citratée ;

Les injections intraveineuses de sérum.

Nous critiquons l'injection intracardiaque qui peut déterminer une dilatation aiguë du cœur.

Le massage du cœur est indiqué lorsque l'organe est arrêté. Il faut le faire avec beaucoup de douceur.

L'éther est l'anesthésique de choix.

Les appareils à hyperpression ne sont pas à utiliser.

Le pronostic des plaies du cœur est le suivant, au moins pour les plaies opérées :

a) Les plaies des oreillettes sont moins graves que celles des ventricules.

b) Les plaies ventriculaires gauches sont plus graves que les droites.

c) Les plaies par couteau sont plus graves que les plaies par projectiles.

d) Les plaies associées du cœur, du ventre ou du poumon sont de grande gravité.

e) Les plaies avec gros hémopéricarde sont moins graves que les plaies avec gros hémo-thorax.

f) Dans le cas d'hémopéricarde et d'hémothorax la gravité est augmentée.

La statistique générale donne 50 °/ₒ de guérisons.

La mort est le fait :

a) De l'hémorragie ;

b) De l'infection ;

c) Des embolies précoces ou tardives.

Les séquelles sont peu importantes.

5° *Diagnostic et traitement des plaies du cœur* (Journal de chirurgie, mars 1920, n° à paraître).

Dans cet article nous reprenons les idées développées dans notre thèse inaugurale.

Nous ajoutons quelques considérations sur la manière

d'aborder le bord droit du cœur. Volet à pédicule externe droit ; volet chondro-sternal à pédicule gauche déjà étudié.

— 6° *Plaie du cœur hémopéricarde tardif. Guérison* (Revue de chirurgie, mai 1920 avec P. Mocquot).

Dans cet article, à propos d'une observation de plaie du cœur opérée par Mocquot et nous à l'hôpital Cochin, nous reprenons les observations (résumées dans notre thèse) qui lui sont superposables.

Dans l'observation qui est la base de ce mémoire (Présentation à la Société de Chirurgie, séance du 9 déc. 1919) l'hémopéricarde est survenu plusieurs jours après la blessure au moins dans ses manifestations cliniques.

Nous isolons un syndrome d'hémopéricarde tardif et nous étudions cet hémopéricarde.

Nous insistons à nouveau sur la nécessité de l'examen radioscopique pour le déceler.

Nous remarquons que souvent l'hémopéricarde est formé par un caillot et rapprochant ce fait de l'incoagubilité de l'hémothorax aseptique (Grégoire et Courcoux) nous nous demandons si le péricarde n'est pas à distinguer de la plèvre à ce point de vue particulier et s'il présente de l'indifférence vis-à-vis de la collection du sang, au contraire de la plèvre qui paraît jouer un rôle dans l'incoagubilité de l'hémothorax et dans les propriétés anticoagulantes que présente le sang de l'hémothorax aseptique (Grégoire et Courcoux).

Chirurgie des vaisseaux.

— 1° *Traitement des blessures des gros vaisseaux du cou et de leurs branches* (avec Vigot) (Presse médicale, 31 janvier 1918).

2° *Traitement des plaies des gros vaisseaux du cou, de l'aisselle et du médiastin sus-cardiaque.* (Journal de chirurgie, février 1920.)

Dans ces articles nous étudions les voies d'abord des gros vaisseaux du cou et de la racine du membre supérieur.

Après avoir indiqué que, pour se rendre maître d'une hémorragie, il faut, pour les artères couder l'artère principale sur un fil en amont de la blessure (bout proximal) et pour les veines de même (bout distal) ; qu'il ne faut pas aborder la lésion vasculaire de front, mais tamponner d'abord, découvrir le paquet vasculaire et couder suivant les principes précédents le vaisseau intéressé en amont de la plaie, nous passons en revue les diverses régions à considérer en donnant chemin faisant douze observations personnelles.

a) *Gros vaisseaux du cou à l'étage supérieur sous la base du crâne.* Inciser suivant le bord antérieur du sterno et couper la mastoïde à sa base puis la rabattre en arrière. Enfin sectionner digastrique et styloïde.

b) *Etage moyen du cou.* Incision classique sur le bord antérieur du sterno.

c) *Etage inférieur.* Lorsqu'on a commencé par inciser le bord antérieur du sterno, couper ce muscle en travers près de ses attaches sternocléidales et le rabattre en arrière.

Lorsqu'on a commencé par une incision sus-claviculaire cette incision peut suffire si on sectionne en avant le sterno. On peut laisser intact le chef tendineux sternal.

Si elle ne suffit pas ainsi, débrider en haut suivant le bord postérieur du sterno.

On découvre ainsi tout le creux sus-clavier, les vaisseaux sous-claviers, le tiers inférieur des vaisseaux jugulaire et carotide, la vertébrale.

Si l'hémorragie est en dedans de la première côte, nous

préconisons au lieu de sectionner la clavicule comme on l'a préconisé, de désartieuler son extrémité interne et de l'abaisser.

Si la plaie vasculaire est plus profonde encore on est autorisé à sectionner la clavicule d'abord désarticulée, à rabattre en bas le bout interne et à se débarrasser de la 1re côte. C'est la voie préconisée par Duval pour la découverte de l'origine de la sous-clavière.

d) *Médiastin sus-cardiaque.* — Pour la découverte des vaisseaux du médiastin (crosse aortique, veine inominée) nous préconisons de couper le sternum sur la ligne médiane puis transversalement sous le 2e cartilage et d'écarter avec un écarteur à cremaillère de Tuffier. Les plèvres sont reclinées de chaque côté.

e) *Plaies des vaisseaux axillaires.*

Suivant le siège de la lésion il existe deux voies d'abord :

1° *Plaie de l'étage supérieur :* incision le long de la clavicule. Débridement par en bas. En dedans contre le sternum. En dehors le long de l'espace deltopectoral. Rabattement en bas du lambeau.

2° *Plaie de l'étage inférieur.* Incision suivant le bord inférieur du pectoral et si le jour n'est pas suffisant, inciser en dedans et vers le haut le grand pectoral contre le sternum. Rabattre en haut le lambeau musculaire. Ainsi on évite la section du tendon du grand pectoral toujours difficile à réparer.

Chirurgie générale.

1° *Des indications de la transfusion citratée en chirurgie de guerre* (avec Vigot) (Presse médicale, n° 61, 1918).

Ayant eu la bonne fortune de rencontrer pendant la guerre M. le professeur agrégé Jeanbrau alors qu'il venait de mettre

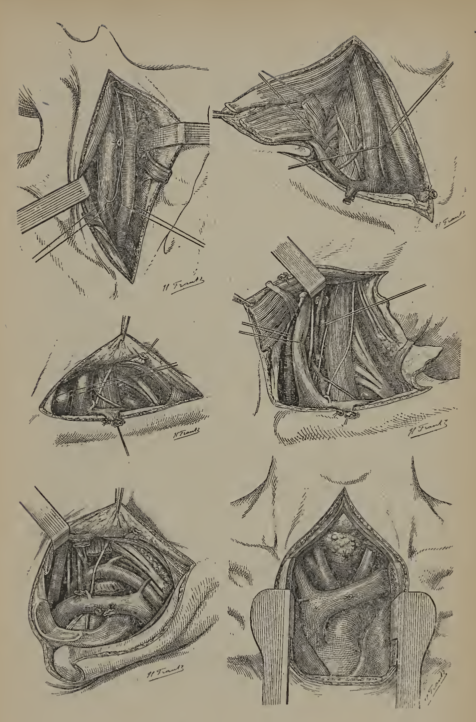


Planche II. — VAISSEAUX

au point sa technique de transfusion citratée, nous avons essayé de préciser les indications de cettte remarquable méthode.

Nos blessés étaient de grands shokés opérés au poste chirurgical avancé de Beaurieux (Aisne) où M. Jeanbrau était venu nous rejoindre.

C'est sur 19 observations personnclles que nous avons appuyé notre travail.

Nos conclusions sont les suivantes :

a) Il ne faut pas faire de transfusion citratée aux infectés. Le sang étranger est une greffe. Les globules aident un temps à faciliter l'oxygénation puis sont détruits. On ne peut espérer que les globules blancs nouveaux aident l'organisme dans la lutte contre l'infection. Ils doivent être détruits et peut-être que l'effort que fournit l'organisme pour cette destruction diminue sa résistance à l'infection.

b) Il ne faut pas faire de transfusion aux multi-blcssés qui sont voués à l'infection.

c) Il faut que lc transfusé soit mis complètement à l'abri de l'infection par des exérèses très larges ou l'amputation.

d) Ces réserves faites, la transfusion demeure applicable aux hémorragiques (section d'une grosse artère ; arrachement d'un membre) et ces faits étaient très fréquents pendant la guerre dans nos ambulances d'intransportables.

e) Cependant lorsque le blessé est saigné à blanc et que l'hémorragie a été trop importante on ne peut espérer que la transfusion le remontera. Suivant l'expression de Jcanbrau il a dépasse le seuil de l'opérabilité.

La transfusion apparaît donc comme une remarquable méthode de traitement des hémorragies. Elle n'est remplaçable par rien dans les cas où l'hémorragie énorme n'a cependant pas dépassé le seuil de l'opérabilité. Mais lorsque l'hémorragie est simplement abondante la thérapeutique ordinaire

(sérum intraveineux, huile camphrée) doit être préférée à la transfusion.

Nous avons eu la satisfaction de voir que peu de temps après notre publication R. Picqué venait défendre à la société de chirurgie des idées analogues. Jeambrau dans un article paru dans le *Journal de médecine française*, 1919 nous faisait l'honneur d'adopter nos conclusions.

Enfin Murard dans un article récent du *Lyon médical* expose des idées qui confirment nos vues.

2° *L'huile camphrée intraveineuse dans le traitement de l'état de shock* (avec Vigot) (Bulletin médical, 5 oct. 1918).

Comme complément de la communication d'Heitz-Boyer à la Société de Chirurgie nous apportons 8 observations où fut faite une injection d'huile camphrée intraveineuse (huile végétale pure et neutre, 2 centimètres cubes). Nous rappelons la complexité étiologique de l'état de shock et nous étudions la thérapeutique de cet état qui comme son étiologie doit être complexe.

Froid-fatigue : réchauffement.

Hémorragie : sérum, transfusion.

Infection et résorption protéolytique : exérèse et amputation aussi rapide que possible.

Shock nerveux : injection d'huile camphrée. Comme l'ont montré Gautrelet et Sezary l'huile camphrée n'est pas un toni-cardiaque mais un toni-nerveux et c'est comme tel qu'elle agit sur l'élément nerveux du shock.

3° *Quelques réflexions sur la suture primitive, la suture secondaire précoce et la suture secondaire tardive des plaies de guerre* (avec Vigot) (Bulletin médical, 11 août 1917).

Nous dégageant de toute idée scolastique nous montrons que :
Dans les plaies craniennes, les plaies cutanées simples, les

plaies du ventre, la réunion primitive n'est pas une nouveauté. C'est de la chirurgie courante d'avant-guerre et il faut continuer à la pratiquer.

Dans les plaies articulaires la réunion des lèvres synoviales faite primitivement est seule capable de mettre à l'abri de l'infection secondaire.

Dans les plaies osseuses sans dégâts musculaires il faut faire la réunion primitive.

C'est lorsqu'il y a des dégâts musculaires importants que la réunion primitive est discutable. Nous avons eu sous les yeux des désastres qui nous font discuter cette méthode mise dans toutes les mains.

En effet il est presque impossible de dire scientifiquement qu'après une exérèse musculaire pour gros degâts musculaires on a enlevé la totalité des foyers infectés. Lorsque cette exérèse est faite par un chirurgien d'occasion le doute est encore plus grand.

C'est pourquoi dans ce cas, surtout en période d'offensive, nous pensons qu'il est préférable de faire la suture secondaire précoce ou même retardée après désinfection au Carrel si on a constaté de l'infection dans les jours suivant immédiatement la première intervention.

4° *Notes sur la gangrène gazeuse.* Bulletin médical (1918).

5° *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la gangrène gazeuse.* Thèse de Vigot. Paris, 1918. Prix Ricord, Société de Chirurgie.

Le second travail est tout entier basé sur des observations de blessés que nous avons opérés avec Vigot.

Dans le premier travail nous mettons en évidence la nécessité de l'atteinte musculaire pour qu'il y ait gangrène gazeuse vraie cliniquement. Cela explique que la gangrène gazeuse

est rare à la tête, au cou, au pied. L'infection anaérobie lorsqu'elle atteint la peau crée l'érysipèle bronzé.

L'atteinte musculaire se fait par inoculation directe, par extension de voisinage et par la voie vasculaire. Ainsi si nous supposons un muscle inoculé dans une partie de son étendue par apport direct de germe :

L'infection gagne le long des fibres musculaires qui s'écartent et s'entourent dc gaz et de sérosité.

Tout le corps du muscle est atteint.

Puis les vaisseaux sont touchés à leur tour.

Ils sont rapidement trombosés et c'est un point sur lequel nous insistons beaucoup.

Auparavant les vaisseaux apportent l'infection aux muscles qu'ils irriguent et c'est ainsi que l'infection se fait suivant des groupes musculaires qui répondent à des territoires vasculaires. Cela est net lorsque le territoire vasculaire est bien délimité.

C'est ainsi qu'on peut observer une gangrène gazeuse des muscles de la loge antéro-externe de la jambe (tibiale antérieure) indépendante des autres muscles jambiers qui sont sains.

Mais si c'est la loge postérieure qui est atteinte la loge antérieure l'est aussi parce qu'il y a thrombose poplitée donc thrombose de la tibiale antérieure.

La fesse (artère fessière) peut être entièrement atteinte alors que la cuisse est intacte.

Mais dans la cuisse les territoires vasculaires n'étant pas séparés tous les muscles participent rapidement à l'infection d'où la gravité très grande de la gangrène gazeuse dc la cuisse qui d'ailleurs par thrombose vasculaire s'accompagne en plus d'infection jambière alors que la gangrène gazeuse dc la jambe ne s'accompagne pas forcément de gangrène gazeuse de la cuisse. Les conséquences thérapeutiques sont les suivantes :

Exérèse de tout le foyer musculaire atteint lorsque c'est possible (loge antéro-externe de la jambe-fesse). Amputation ou désarticulation dans le cas contraire. La gangrène gazeuse crurale est presque toujours mortelle.

Dans sa thèse, Vigot reprend une partie de ces idées. Il fait en plus une étude microscopique détaillée qui lui est personnelle et qui confirme les idées premières.

6° *Un cas d'ostéomalacie pelvienne. Opération de Fehling* (avec P. Mocquot (Société d'obstétrique et de gynécologie mai 1920).

Cette très belle observation d'ostéomalacie nous a permis de constater l'efficacité thérapeutique de l'opération de Fehling (castration).

L'examen histologique des ovaires fait obligeamment par M. Bouin de Strasbourg montra la disparition complète des éléments ovulaires. La sclérose de l'organe était totale et les corps jaunes avaient subi une transformation hyaline.

Chirurgie abdominale.

1° *Des indications de la résection intestinale dans la cure radicale de certaines hernies* (en collaboration avec M. le professeur Quénu). Revue de chirurgie, 10 avril 1914.

2° *Eventration avec adhérences profondes du grêle. Blessure de l'anse adhérente. Résection. Anastomose bout à bout. Guérison* (avec Lauret, B. et M. Société anatomique, 8 novembre 1919).

Cette dernière observation vient confirmer les conclusions du premier travail.

Ce travail est basé sur deux observations de notre maître :

1° Grosse hernie ombilicale avec masse intestinale agglutinée.

2° Eventration avec intestin très adhérent.

Dans ces deux cas fut faite la résection de l'intestin.

A l'occasion de ces observations nous avons cherché dans la littérature des faits analogues et nous avons pu écrire les conclusions suivantes basées sur 12 observations.

En dehors des complications herniaires (étranglement, gangrène de l'intestin, etc.), l'entérectomie peut être indiquée :

1° Dans certains cas rares de hernie à contenu néoplasique;

2° Dans certains cas rares de hernies à contenu tuberculeux si la limitation et la forme des lésions s'y prêtent ;

3° Dans certaines hernies adhérentes.

a) Lorsque l'intestin est largement déchiré au cours de la libération.

b) Lorsque non déchiré il est largement dépouillé de son revêtement séreux.

c) Lorsque détaché de ses adhérences il se présente recouvert de tissu fibreux cicatriciel emprunté à la paroi même du sac dont on l'a détaché.

d) Lorsque, sans adhérer avec le sac ou avec des adhérences limitées une masse intestinale est agglutinée de telle sorte qu'elle se prête mal à une libération désirable ;

4° Pour les hernies qui ont perdu droit de domicile nous ne pouvons exprimer que des réserves et ne formulons, jusqu'à nouvel ordre aucune conclusion.

3° *34 Plaies pénétrantes de l'abdomen* (avec Vigot) (Soc. Chir., 16 oct. 1917. Rapport de M. Quénu).

4° *Plaies pénétrantes de l'abdomen* (avec Vigot) (Société de Chir., 14 janvier 1920. Rapport de M. Quénu).

a) Dans notre première communication nous avons envoyé à notre maître les observations de plaies de l'abdomen que nous avions eu l'occasion d'observer de 1916 (janvier) à 1917 (mai).

Sur 34 cas :

13 ont été traités par l'abstention.

20 par la laparatomie.

1 par l'opération de Murphy.

Sur les 13 cas d'abstention :

4 concernaient dcs blessés inopérables.

Lcs 9 autres ont guéri.

Chez ces 9 blessés notre maître fait remarqucr quc :

Pour un cas la pénétration est douteuse.

Dans un autre cas l'abstention ne fut pas complètc parce que le blessé arrivé tard nous avons rćuni par un coup de ciseaux les orifices d'entrée et de sortie.

Des 7 autres cas :

2 étaicnt des plaies du foie.

2 des plaies de l'estomac terminées par un abcès sous-phrénique qui fut incisé.

1 une plaic du gros intestin car un projectile fut éliminé par l'anus et il se forma un abcès iliaque.

Toutes ces plaies sont de l'étage sus-mesocôlique.

Dans les 20 laparatomies nous comptons :

5 plaies multiviscérales toutes terminées par la mort.

Des 15 plaies univiscérales, 9 guérirent.

3 plaies du foie : 3 guérisons.

2 plaies du cæcum : 2 guérisons.

1 plaie de la rate : 1 guérison.

4 plaies du grêle : 3 morts.

4 plaies simples : 2 morts.

Tous ces chiffres sont en faveur de la nécessité de l'intervention dans les plaies de l'abdomen, sauf dans les cas de plaies de l'étage sus-mesocôlique arrivées tard (plus dc 8 heures) et qui sont susceptibles de guérir après une complication telle qu'un abcès sous-phrénique.

(*b* Notre second lot de blessés est lc résultat d'unc sélection.

Nous avons pris dans nos observations celles qui étaient superposables et qui nous paraissaient propres, à cause des organes intéressés et par leur rapprochement à nous suggérer d'utiles réflexions.

Sur 19 blessés nous comptons 4 groupes.

1° Plaies de la rate seule : 3 cas, 3 guérisons. Le trajet du projectile suivi nous conduisit à enlever la rate à travers le diaphragme et à constater l'extrême facilité de la splénectomie par cette voie.

2° Plaies de la vessie : 5 cas.

Une plaie de la vessie seule. Réunion primitive de la brèche vésicale. Mort par shock (plaie de la cuisse).

Une plaie du pôle supérieur de la vessie avec large déchirure du grêle (résection de 60 cm.). Fermeture de la plaie vésicale. Guérison.

Deux plaies doubles de la vessie (sommet et base) avec lésions du grêle. Fermeture de la plaie du sommet seulement, des plaies du grêle, sonde à demeure : guérison.

Une plaie double de la vessie avec perforation rectale. Fermeture de la plaie rectale. Oblitération de la plaie de la base par la voie endovésicale et fermeture de la brèche d'accès. Guérison.

Ces observations nous ont suggéré un article sur le traitement des plaies de la vessie (*Paris médical*, mai 1920). Voir plus loin.

3° Plaies du rein : 9 cas.

4 plaiesuniviscérales avec néphrectomie, 1 mort.

3 plaies hépatorénales avec néphrectomie, 1 mort.

1 plaie du rein et de la rate, conservation des deux organes : mort.

4° Contusion de l'abdomen avec désinsertion mésentérique.

Résection de l'intestin sur l'étendue de la désinsertion.

57 centimètres dans le 1er cas : mort.
110 centimètres dans le 2e cas : guérison.

5° *Technique de la résection de l'intestin grêle : anastomose termino-terminale* (Presse médicale, 11 février 1920).

Dans cet article nous décrivons avec détails la résection du grêle avec anastomose bout à bout.

Nous inspirant des publications de Toupet, de Lardennois et Ockinzic nous décrivons un premier surjet total accolant sur toute sa circonférence les muqueuses dos à dos, se touchant par leur face séreuse, et un second surjet séro-séreux fait classiquement.

Dans cette technique on emploie au minimum les pinces de Chaput traumatisantes pour l'intestin. La traction se fait sur les fils qui servent au surjet.

Lorsque l'opération est terminée on a deux plans de suture.

Le 1er est formé par le surjet muqueux qui fait la moue dans la lumière intestinale.

Le 2e est formé par le surjet séreux qui enfouit le premier plan.

6° *Du siège et de la valeur diagnostique des zones de matité dans les épanchements abdominaux d'origine traumatique* (avec Vigot) (Paris médical, 2 nov. 1918).

Dans les contusions de l'abdomen la constatation d'une zone de matité peut avoir une valeur considérable et permettre d'établir un diagnostic hésitant jusque là.

La matité peut siéger dans un des flancs. Si le blessé s'est couché sur un côté, c'est de ce côté qu'elle se trouve.

Plus souvent le blessé étant en décubitus dorsal la matité siège dans une des fosses iliaques, le plus souvent la droite.

Il est classique de dire que si le sang se met dans la fosse

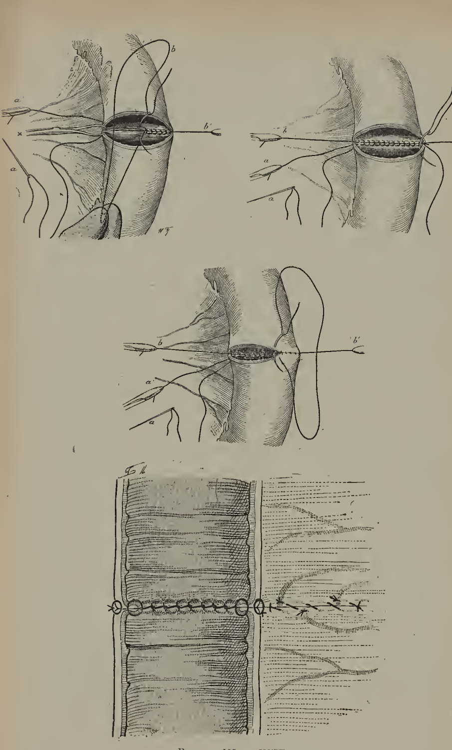


PLANCHE III. — INTESTIN

iliaque droite c'est parce que venant de plus haut il a été guidé par la direction oblique à droite du mésentère.

Rien n'est plus faux qu'une pareille théorie.

Le sang obéissant à la pesanteur tombe dans le petit bassin, le remplit et s'épanche ensuite dans les fosses iliaques. Il s'épanche surtout à droite parce qu'il y a de la place entre le cæcum et l'arcade de Fallope et que le cæcum plus léger flotte et remonte plus haut.

Dans certains cas la matité siège à gauche. C'est que le cæcum est attaché très bas et remplit la fosse iliaque et que l'S iliaque à long méso a abandonné la fosse iliaque gauche.

Toutes ces données ont été établies sur des constatations opératoires (plaies et contusions abdominales) et cadavériques au cours d'autopsies.

7° *A propos du traitement immédiat des plaies de la vessie par petits projectiles sans lésions du bassin* (Paris Médical, mai 1920).

Dans ce travail basé sur 5 observations nous défendons l'idée que dans les plaies de la vessie par petits projectiles et sans lésion du bassin on peut souvent éviter de faire la cystostomie et qu'il faut pratiquer la fermeture primitive.

Pour les plaies péritonéales tout le monde s'entend pour les fermer.

Pour les plaies extra-péritonéales la cystostomie peut être évitée si la plaie est récente non infectée et étroite.

La réunion primitive doit être accompagnée de la mise en place d'une sonde à demeure.

Dans les plaies à deux orifices il faut absolument fermer les deux orifices.

Lorsque comme c'est fréquent il y a une plaie de la base inaccessible par l'extérieur il faut comme nous l'avons fait avec succès ouvrir la vessie largement et fermer la plaie par

la voie endovésicale. Puis on fermera la brèche antérieure. La cystostomie n'est de mise que lorsque le trajet du projectile est infecté.

Bien entendu les plaies intestinales concomitantes doivent être traitées.

8° *Contusion de la rate. Splénectomie par thoraco-phreno-laparatomie. Guérison.* (B. et M. Soc. Chir., 18 février 1920. Rapport de M. A. Schwartz).

Le malade qui fait l'objet de la communication présentait une contusion de la rate pour laquelle une splénectomie s'imposait. Nous fîmes le diagnostic de contusion splénique et nous commençâmes par faire une laparatomie transversale devant le 10[e] espace. Ayant constaté que le péritoine était rempli de sang, que la rate dont on voyait le pôle antérieur était blessée, ne pouvant espérer faire une splénectomie parce que l'organe qui devait avoir un pédicule court *ne sortait pas*, nous fîmes une incision suivant le 10[e] espace, coupant les muscles intercostaux d'abord et le diaphragme ensuite. La rate s'extériorisa avec une remarquable facilité et nous pûmes lier le pédicule en le divisant en 3 faisceaux. Notre malade guérit très simplement faisant cependant trois jours après une eviscération qui fut traitée aussitôt et qui ne retarda pas la guérison.

Notre maître M. A. Schwartz étant notre rapporteur préconisa dans les cas où la rate ne pouvait sortir facilement la thoraco-phreno-laparatomie et approuva notre conduite.

Plusieurs orateurs prirent la parole pour reprouver la thoraco-phreno-laparatomie dans les contusions et rupture de la rate.

M. Quénu cependant voulut bien dire qu'il était peut-être excessif de condamner une technique qui pouvait rendre des services.

Notre observation est le premier cas de splénectomie pour contusion de la rate par thoraco-phreno-laparatomie. Le succès a suivi notre intervention.

Au cours de la guerre nous avons eu l'occasion de faire plusieurs splénectomies. Nous laissant guider par le trajet du projectile nous avons été conduit à passer à travers le diaphragme et nous avons été frappé de la facilité extrême de la splénectomie faite dans ces conditions.

On voit parfaitement le pédicule splénique et on ne fait pas une hémostase aveugle. Au reste nos blessés ont très souvent guéri (voir plaies de l'abdomen).

Nous croyons donc que la voie transdiaphragmatique est la voie vraiment anatomique qui permet une hémostose très sûre, qui permet d'éviter de lier la queue du pancreas si voisine du hile splénique.

Cependant nous ne préconisons pas de faire d'emblée la thoraco-phreno-laparatomie dans les contusions spléniques.

Ce n'est pas suivant cette directive que nous avons agi chez notre blessé.

Nous avons d'abord fait une laparatomie transversale.

Il est évident que si la rate avait été mobile et s'était facilement laissée extérioriser nous l'aurions enlevée par notre incision. Mais comme il arrive souvent la rate avait un pédicule court et nous avons fait la thoraco-phreno-laparatomie qui nous paraît être la voie de choix.

Il ne faut pas oublier la réputation de gravité de la splénectomie. Cette réputation est due à ce que l'hémostase se fait à l'aveugle, lorsqu'on essaie d'enlever à tout prix une rate par l'incision antérieure : médiane seule ou médiane avec débridement latéral. Certes on enlève la rate du ventre. Mais le malade meurt. Et il faut avoir présent à l'esprit la communication de Willems dans la première année de la guerre, d'où il résultait que la splénectomie était presque fatalement mortelle.

Les faits ont démenti cette manière de voir, le jour où se laissant conduire par le trajet du projectile les chirurgiens abordèrent la rate à travers le diaphragme.

C'est pourquoi nous restons sûr que notre manière de faire a été la bonne. Au reste la seule façon d'aboutir à un jugement définitif, sera d'apporter des observations qui permettront par la brutalité des résultats d'avoir une opinion vraiment vraiment précise et scientifique sur la conduite à tenir en présence d'une rate rupturée *ne sortant pas* à cause d'un pédicule court.

9° *Ecchinococcose généralisée du péritoine et de la plèvre droite. Intervention en plusieurs temps.* (B. et M. Société anatomique, 5 mars 1920).

Il s'agit d'une observation de notre maître M. le professeur Quénu. Chez une femme présentant :

a) Des kystes nombreux des épiploons.

b) Un très gros kyste du foie.

c) Un kyste de la rate.

d) Un amas kystique pelvien.

e) Enfin un kyste pleuro-pulmonaire droit.

Malade fatalement vouée à la mort, notre maître tenta la cure chirurgicale par plusieurs opérations successives.

Dans un premier temps s'adressant aux kystes sûrement aseptiques, notre maître enleva les kystes épiploïques qui formaient deux masses énormes.

Dans un second temps s'adressant au kyste hépatique, il traita en même temps un prolongement thoracique.

La malade supporta bien sa première intervention comme la seconde. Mais un jour elle fit une vomique venant de son kyste thoracique et elle succomba pendant cette vomique.

Notre maître pense qu'il faut tenter chez les malades voués à une mort certaine, un traitement chirurgical dont le prin-

cipe est l'opération en plusieurs temps, en commençant par les kystes sûrement aseptiques et en finissant par le kyste hépatique qui comme on sait est susceptible de s'infecter facilement.

10° *Sur un cas de pseudo-hermaphrodisme* (Bulletin médical, avril 1920).

Dans cet article, nous rapportons une observation personnelle de pseudo-hermaphrodisme à type andragynoïde. Il s'agissait d'une femme que nous avons opérée de hernie dans le service de notre maître, M. Rochard, à Saint Louis. Dans le sac herniaire se trouvait un testicule. Il s'agissait d'un cas de pseudo-hermaphrodisme à type androgynoïde.

Après avoir rappelé la classification de Pozzi et quelques observations récentes, nous mettons en garde sur le réflexe qu'on éprouve d'annoncer au sujet qu'elle est un homme. Il s'agit souvent d'êtres ayant l'extérieur et la mentalité de femme, parfois mariée, et le devoir du chirurgien est de taire ce qu'il a constaté.

Chirurgie des membres.

1° *Appareil de réduction et de contention des fractures ouvertes sous-trochantériennes* (avec Vigot) (B. et M. Soc. Chir., 16 oct. 1917. Rapport de M. Rochard).

2° *Réduction des fractures sous-trochantériennes par le décubitus ventral* (avec Vigot) (Paris médical, 1918).

Nous avons préconisé la position ventrale pour la réduction des fractures sous-trochantériennes. Le bout supérieur en effet dans ces fractures est porté en flexion menaçant la peau. Le bout inférieur tombe en arrière et est remonté en haut. La position ventrale porte le bout inférieur à la rencontre du bout supérieur et la réduction se fait automatiquement.

3° *Technique du curage des ganglions de l'aine* (Progrès médical, 1913, n° 18).

Dans cet article nous exposons la technique de l'extirpation des ganglions inguinaux en nous basant sur 5 observations personnelles. Le point important sur lequel avait insisté M. Gosset c'est le clivage de la masse ganglionnaire en arrière avec section de la crosse de la saphène.

4° *Méthode simple et efficace pour la guérison rapide du bubon chancrelleux* (Paris médical, 1913, p. 274).

Nous exposons le procédé de notre maître Brault (d'Alger) qui fait une minuscule boutonnière sur le bubon et draine avec un crin. Puis on fait dans la poche de l'abcès des injections de nitrate d'argent à 1/20.

5° *Du traitement des fractures fermées du tibia et du péroné. Exception faite des fractures du plateau tibial.* (Presse médicale, n° 49, 1919.)

Le point original de notre travail réside dans ce fait que nous préconisons (au moins pour les fractures des deux os siégeant au 1/3 moyen et un peu au-dessous) la réduction en position verticale.

Le patient est assis sur le bord d'une table et on met un étrier de Delbet autour des malléoles. A cet étrier est attaché un poids.

Les avantages de cette position pour la réduction sont importants.

a) Le poids du pied concourt en effet à la réduction automatique.

b) D'autre part il est fréquent d'observer dans les fractures de jambe un déplacement en arrière des bouts inférieurs.

Cela à cause du poids même du pied, qui dans la position horizontale porte les bouts inférieurs en bas, c'est-à-dire en arrière lorsque le sujet est debout.

Lorsque ce déplacement existe il se réduit facilement dans la position que nous préconisons.

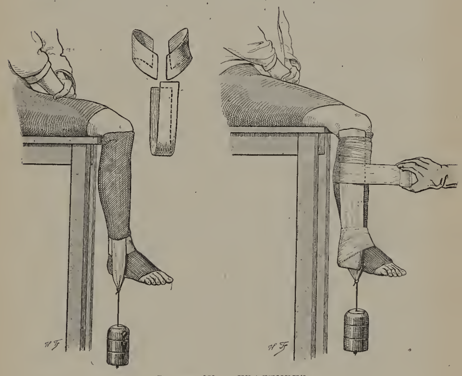


Planche IV. — FRACTURES

c) La position verticale permet lorsque le plâtre est en place de remplacer le seultet qu'on emploie dans l'appareil de Delbet par une simple bande de toile circulaire.

d) Enfin, et ceci est précieux à la campagne, le malade étant assis peut aider le chirurgien en maintenant lui-même en haut les attelles plâtrées latérales.

Dans cette position nous appliquons l'appareil de Delbet type. Nous exposons dans notre article un certain nombre de modifications qui nous ont paru être des perfectionnements. Mais nous nous sommes rendu compte depuis que ces perfectionnements étaient inférieurs à l'appareil de Delbet absolument type que nous appliquons en position verticale surtout lorsqu'il existe un déplacement en arrière des fragments inférieurs.

6° *Sur un nouveau mode de réduction de luxations de l'épaule par la traction en bas* (Journal de médecine et de chirurgie pratique, 25 juillet 1919).

En nous basant sur cinq faits personnels nous préconisons la réduction des luxations de l'épaule par la traction en bas.

Le sujet est endormi au chlorure d'éthyle et le bras mis le long du corps le coude est abaissé en même temps qu'on fait des mouvements de rotation. On sent comme un ressaut, la tête se décroche et remonte brusquement dans la cavité glenoïde.

En effet en tirant en bas on tire dans le sens de traction du deltoïde et des sus et sous-épineux qui calent la tête sous la coracoïde. La tête décalée remonte par le jeu des muscles de l'épaule.

Cette manœuvre est supérieure à celle de Kocher qui est infidèle et brutale.

Elle soutient la comparaison avec la manœuvre de Mothe qui est fidèle. Mais dans cette dernière manœuvre, au contraire de ce qu'on fait dans la nôtre, on tire le bras en dehors, c'est-à-dire pas dans le sens d'action du deltoïde. Si bien qu'il faut tirer très fort pour décrocher la tête calée sous la coracoïde par la contracture du deltoïde.

7° *Luxation pathologique du poignet et rupture spontanée d'un tendon extenseur au niveau de l'article* (Soc. anat., mai 1914).

Dans cette observation il s'agit d'une luxation complète du poignet en arrière. Destot qui vit la malade fit le diagnostic de luxation pathologique car il existait des signes d'arthrite chronique dans d'autres articulations. Le tendon extenseur du radius s'était rompu spontanément sur le chevalet formé par le carpe luxé. Il fut facile de le suturer.

8° *Ostéoarthrite déformante juvénile de la hanche* (Soc. anatomique, avril 1920).

Cette observation est un fait de plus dans la liste des cas assez rares d'arthrite déformante juvénile de la hanche que Rottenstein et Houzel ont étudié dans la *Revue de Chirurgie*, 1910. L'aspect clinique était celui d'une coxa-vara, seul l'examen radiographique permit d'établir le diagnostic.

Chirurgie de la plèvre.

1° *Sur un cas de pleurésie putride traité avec succès par un courant continu d'oxygène.* Travail de la clinique du professeur Quénu (Bulletin médical, 14 février 1914).

Dans cette observation nous vantons l'emploi de l'oxygène dans le traitement des pleurésies putrides.

Suivant le conseil de notre maître nous avons, pour faire passer le courant d'oxygène, mis un trocart dans le 2e espace intercostal. Ce trocart permettait l'accès du gaz qui s'échappait par l'orifice de la thoracotomie de drainage.

2° *Du siphonage et de la stérilisation de la plèvre* (avec Vigot) (Paris médical, 26 janvier 1918).

Dans cet article nous proposons une petite modification à la technique du siphonage pleural par la méthode Depage-Tuffier.

Un drain volumineux étant mis à frottement au point déclive, nous plantons un gros trocart à hydrocèle dans un espace supérieur et nous faisons passer par le mandrin une sonde urétrale de Nélaton aux parois épaisses.

Le mandrin du trocart enlevé la sonde reste, traversant la paroi et permettant de verser du liquide de Dakin dans la cavité pleurale.

Chirurgie de guerre (Organisation).

1° *De la chirurgie dans les postes chirurgicaux avancés* (Paris Médical, juin 1916).

2° *Contribution à l'étude du poste chirurgical avancé* (Thèse de Labeylie. Bordeaux, 1916).

Ayant eu l'honneur d'avoir la direction d'un poste chirurgical avancé pendant l'offensive de Champagne, septembre 1915, nous avons exposé nos idées sur la valeur de ces postes.

A cette époque on prétendait pouvoir faire de la chirurgie presque au voisinage des tranchées. Notre poste, (Berzieux) ancien poste de secours était entouré par les pièces d'artillerie préparant l'offensive. Il était insuffisamment aménagé. Nous nous sommes contenté de faire quelques ligatures et d'évacuer les blessés avec le plus de célérité possible.

Nous concluions que, l'idéal étant de se rapprocher des blessés pour les avoir vite, il fallait cependant n'entreprendre d'interventions chirurgicales qu'au cas où l'installation serait parfaite et la sécurité des blessés absolue.

Nous n'avons jamais été, en effet, de ceux qui prétendaient que les blessés habitués aux bombardements se voyaient sans inquiétude traités à proximité de la ligne de feu dans un lieu sans sécurité.

Nous avons eu la joie de voir réaliser nos desiderata plus tard en 1917, au poste chirurgical avancé de Beaurieux qui installé dans des caves profondes présentait toutes les garanties chirurgicales et de sécurité. Malgré cela, fidèle à ce que nous avions écrit en 1916 nous avons toujours estimé qu'on ne devait conserver dans les postes chirurgicaux avancés les mieux organisés que les très graves blessés de la catégorie des intransportables qu'un voyage en auto aurait tués.

Chirurgie du crâne.

1° *Contribution à l'étude des plaies du crâne en chirurgie de guerre* (Thèse d'Eschenbrenner. Bordeaux, 1916).

Dans cette thèse basée sur les observations de 17 de nos opérés, sont défendues les idées suivantes :

1° Opérer les blessés du crâne rapidement mais à une certaine distance du front (H. O. E.) car ils peuvent supporter le transport et il faut pouvoir les garder longtemps après l'opération ;

2° Employer le plus possible l'anesthésie locale ;

3° Préférer le lambeau à l'incision cruciale ;

4° Agrandir les orifices avec la pince-gouge ;

5° Débarrasser le cerveau des tissus contus, des caillots, des cheveux, esquilles et projectiles ;

6° Suturer primitivement le lambeau sur la plaie cérébrale.

2° *Électro-aimant pour extraction de projectiles magnétiques intracérébraux* (Journal de Radiologie, 1919, n° 4).

Cet électro-aimant construit par Ropiquet sur nos indications, présente un petit volume, fonctionne avec des piles sèches et présente la même force que l'électro-aimant de Gaiffe.

Chirurgie du cou.

1° *Tumeur de la glande sous-maxillaire* (Soc. anat., 16 avril 1920).

Il s'agit d'un cas de tumeur mixte du genre de ceux qu'a étudié M. Chevassu en 1910 dans la *Revue de Chirurgie.*

2° *Épithélioma branchial* (Soc. anat., 16 avril 1920).

Ce branchiome que nous avons étudié avec soin avait envahi la veine jugulaire. Les vaisseaux carotidiens étaient libres. Notre opéré mourut subitement 24 heures après. Nous n'avons pu faire l'autopsie. Cette terminaison est extrêmement fréquente après l'extirpation des branchiomes. Nous l'expliquons par l'envahissement de la jugulaire et l'embolie qui peut être déclanchée par l'opération.

3° *Adénolipomatose symétrique du cou. Intervention* (avec Lucas-Championnière) (Soc. anat., 16 avril 1920).

Le traitement de l'adénolipomatose avait été étudié en 1910 par MM. Lenormant et Verdun dans la *Revue de Chirurgie.* Notre observation est un fait de plus en faveur du traitement chirurgical de cette maladie inesthétique.

Notre malade qui ne pouvait plus exercer son métier (maître d'hôtel) put continuer grâce à l'amélioration considérable de son visage, à reprendre ses anciennes occupations.

Communications diverses à la Société anatomique.

1° *Rupture d'un pyosalpynx. Péritonite aiguë* (7 nov. 1913).

2° *Tuberculose herniaire* (1913).

3° *Tumeur du maxillaire supérieur* (7 nov. 1913).

4° *Épithélioma des pavillons auriculaires* (mai 1914).

5° *Hématocèle vaginale et pachy-péritonite concomitante d'un sac de hernie* (avec Lucas-Championnière) (avril 1920).

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN

